

B

DITT ARBETE (forts)

Följande frågor gäller endast Dig som har ett arbete.

Frågorna gäller förhållanden i Ditt arbete. Vi ber Dig ange om Du håller med påståendet eller inte genom att sätta ett kryss i "Nej" eller "Ja" rutan.

Om den svarsruta Du väljer inte har en efterföljande pil, besvara inte följdfrågan, utan gå vidare till nästa påstående.

Om den svarsruta Du väljer har en efterföljande pil, besvara då följdfrågan, om i vilken grad Du upplever förhållandet som en belastning, genom att ringa in den siffran som bäst svarar mot Din bedömning.

		Ingen belastning alls	En mindre belastning	En belastning	En stor belastning
13. Jag arbetar ofta under tidspress på grund av den höga arbetsbördan.	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
14. Jag blir ofta avbruten i mitt arbete.	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
15. Jag har ett stort ansvar i mitt arbete.	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
16. Jag är ofta tvungen att arbeta övertid.	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
17. Mitt arbete är fysiskt påfrestande.	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
18. Jag har fått allt mer att göra på arbetet under de senaste åren.	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
19. Tycker Du att Du får det erkännande av Dina arbetskamrater som Du förtjänar?	Nej <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Ja <input type="checkbox"/>				
20. Tycker Du att Du får det erkännande av Dina överordnande som Du förtjänar?	Nej <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Ja <input type="checkbox"/>				
21. Får Du det stöd Du behöver i svåra situationer?	Nej <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Ja <input type="checkbox"/>				
22. Blir Du orättvist behandlad i Ditt arbete?	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
23. Har Du dåliga möjligheter till avancering inom Ditt område?	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
24. Upplever Du för närvarande eller förväntar Du Dig en negativ förändring i Din arbets-situation?	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
25. Är Du rädd att förlora arbetet?	Nej <input type="checkbox"/>				
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
26. Anser Du att Du har ett arbete som rimligen motsvarar Din utbildning?	Nej <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Ja <input type="checkbox"/>				
27. Med tanke på allt Du har presterat, tycker Du då att Du har en rimlig lön?	Nej <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Ja <input type="checkbox"/>				
28. Med tanke på allt Du har presterat och utträttat, tycker Du då att Du får erkännande och den respekt Du förtjänar?	Nej <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Ja <input type="checkbox"/>				
29. Med tanke på allt Du har presterat och utträttat, tycker Du då att Du har fått möjlig-het till personligt avancemang i Ditt yrkesliv?	Nej <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Ja <input type="checkbox"/>				

C

VEM HAR KONTROLL?

Ta ställning till följande frågor. Svara snabbt utan att tänka mycket på varje fråga. Sätt kryss för att markera hur varje påstående passar in på Dig och Din situation.

	stämmer inte alls	stämmer inte så bra	stämmer ganska bra	stämmer helt
01. Jag tror att de flesta positiva saker som händer mig ligger utanför mina möjligheter att kontrollera d.v.s de beror inte alls på vad jag själv gör. Ödet eller turen har säkert en viss betydelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Jag tror att det är frågan om hårt arbete om man vill nå framgång. Tur eller otur har inget med det att göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Jag tror att det negativa som händer mig inte beror på tur eller otur utan på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Jag tror inte att jag kan förhindra att jag drabbas av negativa händelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Ibland tror jag att mitt liv styrs av tillfälligheter utanför mina möjligheter att kontrollera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Jag tror att sådana positiva saker som händer mig först och främst beror på vad jag själv har gjort och det sätt som jag hanterar olika situationer. Tur eller otur har inget med detta att göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Enligt min mening finns det inget sådant som tur eller otur som påverkar mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Jag känner ofta att jag inte kan påverka hur mitt liv utvecklas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D

DIN HÄLSA

01. I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:

Utmäkt	<input type="checkbox"/>
Mycket god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Någorlunda	<input type="checkbox"/>
Dålig	<input type="checkbox"/>

02. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

Mycket bättre nu än för ett år sedan	<input type="checkbox"/>
Något bättre nu än för ett år sedan	<input type="checkbox"/>
Ungefär detsamma	<input type="checkbox"/>
Något sämre nu än för ett år sedan	<input type="checkbox"/>
Mycket sämre nu än för ett år sedan	<input type="checkbox"/>

De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet, hur mycket?

	Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad
03. Ansträngande aktiviteter, som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Måttligt ansträngande aktiviteter, som att dammsuga, flytta ett bord, skogspromenader eller trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Lyfta eller bära matkassar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Gå uppför flera trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Gå uppför en trappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Böja Dig eller gå ner på knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Gå mer än två kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gå några hundra meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gå hundra meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bada eller klä på Dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna aktiviteter som en följd av Ditt kroppsliga hälsotillstånd?

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
13. Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Uträttat mindre än Du skulle önskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haft svårigheter att utföra Ditt arbete eller andra aktiviteter (t.ex för att det krävde extra ansträngning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna aktiviteter som en följd av känslomässiga problem (som t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
17. Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Uträttat mindre än Du skulle önskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Utfört arbete eller andra aktiviteter mindre noggrant än vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Under de senaste fyra veckorna, i vilken utsträckning har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

Inte alls Lite Måttligt Mycket Våldigt mycket

21. Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

Ingen Mycket lätt Lätt Måttlig Svår Mycket svår

22. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?

Inte alls Lite Måttligt Mycket Våldigt mycket

Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig.

Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
23. Har Du känt Dig riktigt pigg och stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Har Du känt Dig mycket nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Har Du känt Dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har Du känt Dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Har Du varit full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Har Du känt Dig dyster och ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Har Du känt Dig utsliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Har Du känt Dig glad och lycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Har Du känt Dig trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Ditt kroppsliga eller känslomässiga hälsotillstånd stört Dina möjligheter att umgås (t.ex. hälsa på släkt, vänner, etc.)?

Hela tiden Största delen av tiden En del av tiden Lite av tiden Inget av tiden

Välj det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket vart och ett av följande påståenden STÄMMER eller INTE STÄMMER.

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Osäker	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
33. Jag verkar ha lite lättare att bli sjuk än andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Jag tror att min hälsa kommer att bli sämre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Min hälsa är utmärkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E

SÖMN

	Inte alls	1-3 kv/nätter	4-7 kv/nätter	8-14 kv/nätter	15-21 kv/nätter	22-31 kv/nätter
01. Hur ofta den senaste månaden har Du haft svårt att somna..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Hur ofta den senaste månaden har Du inte kunnat sova hela natten utan vaknat efter det att Du somnat? (räkna även med om Du vaknat alltför tidigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Hur ofta den senaste månaden har Du vaknat två eller flera gånger under samma natt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Hur ofta den senaste månaden har Du vaknat på morgonen efter att ha sovit normalt länge, men ändå känt Dig trött och ej utvilad?	<input type="checkbox"/>	1-3 morgnar	4-7 morgnar	8-14 morgnar	15-21 morgnar	22-31 morgnar
05. Hur många timmar brukar Du normalt sova per natt?	5 timmar eller min	6 timmar	7 timmar	8 timmar	9 timmar	10 timmar eller mer

F

HUMÖR

Nedan följer påståenden om hur man kan känna sig. Sätt ett kryss i den ruta som stämmer med hur ofta Du känner på det sätt som beskrivs i påståendet. Om Du är osäker kryssa ändå i den ruta som känns mest riktig.

	Sällan eller Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid eller För det mesta
01. Jag känner mig nedstämd och nedtyngd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Jag mår bäst på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Jag får gråtattacker eller känner som om jag skulle vilja gråta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Jag har svårt att sova på nätterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Jag äter lika mycket som jag brukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Jag tycker fortfarande om det sexuella samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Jag har lagt märke till att jag börjar gå ner i vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Jag har besvär med förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Mitt hjärta slår snabbare än det brukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag blir trött utan anledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag tänker lika klart som jag brukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag har lätt att göra de saker jag brukar göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag känner mig rastlös och har svårt att sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag ser ljust på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag är mer irriterad än jag brukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jag har lätt att fatta beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag känner mig till nytta och att jag behövs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag har fullt upp att göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Det känns som om det vore bättre för omgivningen att jag vore död	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag gläds åt samma saker som jag brukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F

HUMÖR (forts)

	Sällan eller Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid eller För det mesta
21. Jag känner mig behaglig till mods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag blir fort trött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag känner mig gråtfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jag önskar att jag vore lika lycklig som andra tycks vara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jag missar saker för att jag inte kan bestämma mig fort nog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag känner mig i fin form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jag är lugn och samlad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jag känner att svårigheterna tornar upp sig så att jag inte kan klara av dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jag oroar mig alltför mycket över småsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jag är lycklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Jag har en benägenhet att ta saker hårt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Jag saknar självförtroende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jag känner mig trygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jag försöker undvika att ta itu med problem och svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Jag känner mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Jag är nöjd och belåten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Jag kan inte låta bli att grubbla över småsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Jag tar besvikelser så hårt att jag inte kan släppa tanken på dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Jag är jämn till humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Jag blir spänd och ur gängorna när jag tänker på mina aktuella problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G

FAMILJ OCH STÖD

	Är inte gift eller sambo	Mycket lyckligt	Ganska lyckligt	Svårt att säga	Ganska olyckligt	Mycket olyckligt
01. Tycker Du att Ditt äktenskap/samboförhållande är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Har Du svårt att komma överens med Din fru/man eller sammanboende?	<input type="checkbox"/>	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Nästan jämt
03. Finns det någon särskild person som Du känner att Du verkligen har fått stöd av?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja, men behöver det inte		<input type="checkbox"/>
04. Händer det att någon håller om Dig till tröst eller stöd?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja		
05. Finns det någon särskild person som känner sig stå väldigt nära Dig?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Är inte säker		<input type="checkbox"/>
06. Tror Du att de där hemma eller några andra verkligen uppskattar vad Du gör för dem?	<input type="checkbox"/>	Inte alls	<input type="checkbox"/>	Inte tillräckligt		<input type="checkbox"/>
07. Har Du någon särskild person som Du kan dela Dina känslor med när Du känner Dig lycklig? Någon som själv skulle känna sig lycklig bara för att Du är det?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja		
08. Finns det människor i Din omgivning som Du lätt kan be om saker? Till exempel människor som Du känner så väl att Du kan låna verktyg eller köksgrejer?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja		
09. Har Du någon Du kan dela Dina innersta känslor med och anförtra Dig åt?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja		
10. Bortsett från dem där hemma, finns det någon som Du kan vända Dig till om Du kommer i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa och som Du litar på och kan få verklig hjälp av när Du har det besvärligt?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja		



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET



Tack för att Du deltar i Intergene - Levnadsvanor och hälsa.

Vi skulle vilja be Dig att svara på ytterligare några frågor.

Målet för det extra frågeformuläret är att utforska en allt mer aktuell infallsvinkel på vår hälsa - hur psykisk stress påverkar vårt välbefinnande. För att få en bättre förståelse för hur till exempel olika typer av stress, stora händelser i livet, själsligt välbefinnande och arbetsmiljö påverkar våra liv, hoppas vi att Du vill svara på de bifogade frågorna.

Ditt deltagande är självklart frivilligt men mycket viktigt för att förbättra vår kunskap om hur psykisk stress kan påverka vår hälsa.

Vissa frågor kan upplevas som svåra att svara på. Vi är mycket tacksamma om Du vill bidra med Dina erfarenheter. Naturligtvis kommer Dina svar att behandlas helt konfidentiellt.

Tack på förhand.

Forskningsgruppen Intergene:

Lauren Lissner, professor epidemiologi
Kjell Torén, överläkare, yrkesmedicin
Annika Rosengren, professor, överläkare
Catharina Welin, Med dr, sjuksköterska
Dag S. Thelle, professor, överläkare
Sari Scheinberg, psykolog, PhD



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET



Intergene - Levnadsvanor och hälsa.

För en tid sedan var Du med om en undersökning och vi tackar Dig för Ditt deltagande.

Vi skulle vilja be Dig att svara på ytterligare några frågor.

Målet för det extra frågeformuläret är att utforska en allt mer aktuell infallsvinkel på vår hälsa - hur psykisk stress påverkar vårt välbefinnande. För att få en bättre förståelse för hur till exempel olika typer av stress, stora händelser i livet, själsligt välbefinnande och arbetsmiljö påverkar våra liv, hoppas vi att Du vill svara på de bifogade frågorna.

Ditt deltagande är självklart frivilligt men mycket viktigt för att förbättra vår kunskap om hur psykisk stress kan påverka vår hälsa.

Vissa frågor kan upplevas som svåra att svara på. Vi är mycket tacksamma om Du vill bidra med Dina erfarenheter. Naturligtvis kommer Dina svar att behandlas helt konfidentiellt.

Tack på förhand.

Forskningsgruppen Intergene:

Lauren Lissner, professor epidemiologi
Kjell Torén, överläkare, yrkesmedicin
Annika Rosengren, professor, överläkare
Catharina Welin, Med dr, sjuksköterska
Dag S. Thelle, professor, överläkare
Sari Scheinberg, psykolog, PhD